Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Białej Podlaskiej
21-500 Biała Podlaska, ul. Terebelska 57-65
e-mail: sekretariat@szpitalbp.pl
www.szpitalbp.pl

TEL. (083) 41 47 213

FAX. (083) 41 47 220

ZO.5030/16/2020

Wykaz zmian do materiałów informacyjnych i szczegółowych warunków konkursu na zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie:

udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii poza godzinami normalnej ordynacji WSzS w Białej Podlaskiej

1. Zamawiający w Ogłoszeniu o konkursie wprowadza następujące zmiany dotyczące czasu trwania umowy:
   1) Pkt. 1 otrzymuje następujące brzmienie: „czas trwania umowy: od dnia 03.07.2020r. do dnia 31.12.2020r.".
2. Zamawiający w Materiałach Informacyjnych wprowadza następujące zmiany dotyczące czasu trwania umowy:
   1) W rozdziale IV. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA UMOWY: pkt 1 otrzymuje następujące brzmienie: „Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do zawarcia umowy na czas określony **od 03.07.2020r. do 31.12.2020r.** Za zgodą stron, wyrażoną w formie pisemnej pod rygorem nieważności, umowa może być przedłużona na okres nie przekraczający **12 miesięcy.**
3. Zamawiający w Formularzu oferty wprowadza następujące zmiany dotyczące czasu trwania umowy umowy:

W rozdziale IV. OŚWIADCZENIA: pkt 6 otrzymuje następujące brzmienie: „Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres: od **03.07.2020r.** do **31.12.2020r.** z możliwością przedłużenia umowy na okres nie przekraczający **12 miesięcy.**

4. Zamawiający w Formularzu cenowym wprowadza następujące zmiany:

FORMULARZ CENOWY

Lp.	*Oddział*	*Tryb udzielania świadczeń*	*Jm.*	*Ilość w ciągu 6 m-cy*	*Cena jednostkowa (zł)*	*Wartość brutto (zł)*
1.	Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii	Stacjonarny w dni robocze poza normalną ordynacją	godzina	295,6		

2.	Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii	Stacjonarny poza normalną ordynacją w inne dni (soboty, niedziele, święta)	godzina	288		

Razem: .....

5. Zamawiający w projekcie umowy wprowadza następujące zmiany dotyczące czasu trwania umowy umowy: § 15 ust. 1 otrzymuje następujące brzmienie: „Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas od **03.07.2020r.** do **31.12.2020r.**”.

DYREKTOR
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej
Adam Chodziński

Załącznik Nr 1b do MI
Konkurs: ZO.5030/16/2020

Formularz oferty

I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany, jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczętowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów wymienionych w Rozdziale I pkt. 9 MI.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem", podpisem i pieczątką Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone w oryginale do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Zaleca się aby wszystkie strony Formularza oferty były parafowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko lekarza												
Rodzaj praktyki lekarskiej							**Nr prawa wykonywania zawodu**					
Organ prowadzący rejestr (nazwa okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)							**Nr księgi rejestrowej**					
Adres zamieszkania												
Kraj				**Miejscowość**								
Kod pocztowy				**Poczta**								
Ulica							**Nr domu**			**Nr lokalu**		
E-mail							**telefon**			**fax**		
Adres do korespondencji												
Kraj							**Miejscowość**					
Kod pocztowy				**Poczta**								
Ulica							**Nr domu**			**Nr lokalu**		
Działalność gospodarcza												
Nazwa firmy							**Siedziba**					
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)				-				-			-		

III. Proponowana kwota wynagrodzenia:

Oferuję wykonanie usług objętych przedmiotem konkursu zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu za cenę:

Cena brutto - ..... zł

(słownie zł: ..... zł)

Cenę oferty wyliczono na podstawie cen jednostkowych określonych Formularzu cenowym – załącznik nr 1a.

IV. Oświadczenia :

1. **Oświadczenia :**
2. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen z zastrzeżeniem odpowiednich postanowień projektu umowy (załącznik nr 2 do MI).
3. Oferuję termin płatności do ..... dni (min. 30 dni) od chwili otrzymania faktury przez Udzielającego zamówienia.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
5. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres: od **03.07.2020r.** do **31.12.2020r.** z możliwością przedłużenia umowy na okres nie przekraczający **12 miesięcy.**
7. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
8. Oświadczam, że załączone wzory umów został przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umów na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienie harmonogramem.
12. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.
13. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych i geriatrii:

Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii - ..... lat

14. Oświadczam, że na dzień złożenia oferty miejscem mojego zatrudnienia jest (oddział) ..... w .... *(należy wpisać nazwę podmiotu leczniczego)*

Miejscowość ..... data.....

.....

(pieczątka i podpis Przyjmującego zamówienie
lub osoby upoważnionej)

Załącznik nr 1a

Konkurs: ZO.5030/16/2020

FORMULARZ CENOWY

Lp.	*Oddział*	*Tryb udzielania świadczeń*	*Jm.*	*Ilość w ciągu 6 m-cy*	*Cena jednostkowa (zł)*	*Wartość brutto (zł)*
1.	Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii	Stacjonarny w dni robocze poza normalną ordynacją	godzina	295,6		
2.	Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii	Stacjonarny poza normalną ordynacją w inne dni (soboty, niedziele, święta)	godzina	288		

Razem: .....